

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A Prática Profissional do Assistente Social Junto ao Paciente
Internado na Unidade de Internação de Neurocirurgia do
Hospital Governador Celso Ramos**

Eliane Terezinha Januário Goulart


Florianópolis (SC), junho de 2004

ELIANE TEREZINHA JANUARIO GOULART

**A Prática Profissional do Assistente Social Junto ao Paciente Internado
na Unidade de Internação de Neurocirurgia do
Hospital Governador Celso Ramos**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 028/07/04

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof^a. Carolina Hoeller da Silva


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Florianópolis-SC, 2004.

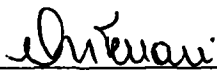
ELIANE TEREZINHA JANUARIO GOULART


**A Prática Profissional do Assistente Social Junto ao Paciente Internado na
Unidade de Internação de Neurocirurgia do
Hospital Governador Celso Ramos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Banca Examinadora:


Orientadora: Professora Carolina Hoeller da Silva


Professora Márcia Regina Ferrari
Membro da Banca


Assistente Social Schirley Guimarães Rocha do Santos
Membro da Banca

Florianópolis, 20 de junho de 2004.

Dedico esse trabalho a minha família que sempre me incentivou para que eu retornasse aos estudos e me apoiaram nessa trajetória, e com certeza se sentem muito orgulhosos e felizes por eu ter conseguido seguir em frente e vivenciar esse momento tão importante de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Equipe de Enfermagem da Neurocirurgia que me receberam com carinho e me ajudaram durante todo o período de estágio.

A Shirlei minha orientadora de estágio, por ter me recebido bem no setor e me orientado com sabedoria. Aos Assistentes Sociais, Carlos, Miriam, Josiane que me ajudaram e orientaram sempre que foi preciso, e também a D. Gilda, Ademir e a Sr. Vilmar pelo carinho dispensado nesse período.

A Deus pela Vida. Aos meus pais porque apesar das dificuldades souberem passar para e mim e para meus irmãos e irmãs noções de honestidade, justiça e lealdade, enfim, tornando pessoas íntegras, que sabem respeitar o próximo e a vida.

Aos meus queridos irmãos e irmãs que sempre torceram por mim e ajudaram sempre que preciso, especialmente a Claudia e a Eli que me ajudaram a concretizar este trabalho.

Ao meu marido que sempre me incentivou a continuar os estudos e acompanhou nessa trajetória, obrigado por ter paciência nos meus momentos mais difíceis. Te amo.

Aos meus filhos André e Gabriela só pelo fato de terem nascido. Amo vocês, minha vida não seria a mesma sem vocês.

Enfermeira Nieti, minha chefe que flexibilizou os horários de trabalho sempre que precisou, pela qual tenha grande admiração e carinho. Aos meus colegas de trabalho, Tadeu, Daguimar, Índio e Maria que sempre torceram por mim.

Aos meus colegas da Universidade, em especial a Sandra, a Selma, a Patrícia, a Cida e ao Valter, que compartilharam as angústias e as vitórias durante o curso.

A Professora Carolina por ter me orientado nesse trabalho, aos professores e profissionais da Universidade que me ajudaram durante toda a trajetória acadêmica.

“A todos que me ensinaram a ouvir sentindo e com seu sofrimento me transmitiram uma noção mais ampla do que vem a ser a vida, o meu reconhecimento e gratidão”.

Christian Cauderer

RESUMO

O presente trabalho procura demonstrar a importância do Assistente Social junto ao paciente internado na Neurocirurgia do Hospital Governador Celso Ramos. Primeiramente relata-se o contexto histórico do hospital, quando se faz um breve relato de sua história, dos atendimentos realizados, bem como, apresenta-se sua estrutura e funcionamento. Após relata-se sobre Unidade de Internação de Neurocirurgia, a equipe de profissionais que fazem parte de seu quadro funcional, sua implantação e número de leitos. A seguir fala-se sobre o Serviço Social nesta unidade hospitalar, onde é resgatado um pouco de sua história e sobre a metodologia de trabalho empregada pelos profissionais que lá atuam. Finalmente relata-se sobre os aspectos gerais da patologia de alguns pacientes internados naquela unidade: o tumor cerebral. No segundo momento resgata-se a trajetória da política de saúde no Brasil até chegar ao modelo atual do Sistema Único de Saúde/SUS. Faz-se também um apanhado geral sobre os direitos que os pacientes internados na Neurocirurgia podem ter acesso como: Auxílio-Doença, resgate do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, entre outros. E por último as considerações sobre a problemática inerente ao paciente com diagnóstico de tumor cerebral internado na neurocirurgia. No terceiro e último capítulo, procura-se contextualizar a intervenção do Serviço Social junto aos pacientes internados na Neurocirurgia, quando se faz o relato e a análise sobre sua prática profissional durante o período pesquisado. E por fim, são apresentados os dados referentes à pesquisa realizada em que se buscou identificar a partir da observação dos profissionais de saúde, que atuam direta ou indiretamente na unidade de Neurocirurgia, os direitos dos pacientes e a prática do profissional Serviço Social no encaminhamento desta demanda.

Palavras-chaves: Serviço Social; pacientes internados; direitos.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAPs. Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEME – Central de Medicamentos

CLT- Consolidações da Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASENS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

DATAPREV- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

GAD – Grupo de Apoio ao Diabético

HGCR- Hospital Governador Celso Ramos

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

ICMS – Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPI - Imposto Sobre Produtos Industrializados

IPVA – Imposto sobre s Propriedade de Veículos Automotores

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

NOAS – Norma Operacional Básica da Saúde

PIS – Programa de Integração Social

SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatística

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS - Sistema Único da Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1- ASPECTOS GERAIS DA INSTITUIÇÃO.....	13
1.1-O Hospital Governador Celso Ramos.....	13
1.1.1- A Unidade de Neurocirurgia	16
1.1.2- O Serviço Social e a Instituição.....	17
1.1.3 – Aspectos Gerais Sobre a Patologia de Tumor Cerebral.....	18
2- A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E OS DIREITOS DOS PACIENTES...	22
2.1-A Política Nacional de Saúde e Sua Trajetória.....	22
2.2-Direitos dos Pacientes Internados.....	32
2.3-Considerações Sobre a Problemática Inerente ao Paciente Portador Tumor Cerebral Internado na Unidade de Neurocirurgia.....	40
3- O SERVIÇO SOCIAL E O PACIENTE INTERNADO.....	43
3.1- A Prática Profissional do Assistente Social, no atendimento ao Paciente Internado na Neurocirurgia.....	43
3.2- A Prática Profissional do Assistente Social Frente aos Pacientes Internados na Neurocirurgia, a Partir da Observação dos Profissionais de Saúde.....	49
3.2.1- Objetivos da Pesquisa.....	49
3.2.2- Metodologia.....	50
3.2.3- População e Amostra.....	50
3.2.4- Coleta de Dados.....	51
3.2.5- Apresentação de Dados.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
SUGESTÕES	61
REFERÊNCIAS.....	62

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso: A Prática Profissional do Assistente Social Junto aos Pacientes Internados na Neurocirurgia do Hospital Governador Celso Ramos tem como prerrogativa atender aos requisitos do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

A saúde no Brasil percorreu um longo caminho até chegar ao atual modelo do Sistema Único de Saúde - SUS. Inicialmente as ações das políticas de saúde eram voltadas a amparar os modelos econômicos de cada governo. Com advento da industrialização os trabalhadores vão modificando gradativamente o modelo de saúde por meio de suas mobilizações. A partir da década de 70, os movimentos pró-saúde, com a mobilização de profissionais ligados à saúde, começam a ganhar força culminando na Reforma Sanitária, onde foi discutido um conceito mais abrangente de saúde. Na década de 80 com a realização VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, ficou estabelecido o conceito abrangente de Saúde, defendido na Constituinte de 1986 e posteriormente implantado na Constituição de 1988, nos artigos 196 a 200. O que determinou a implantação do SUS.

Com criação do atual modelo de saúde estabeleceram-se novos princípios para o atendimento dos usuários da saúde como: a universalidade, equidade e integralidade. Porém, esses princípios não são respeitados porque os serviços de saúde existentes não conseguem atender a demanda reprimida, gerando muitos problemas para seus usuários e os profissionais que trabalham na área.

Diante do contexto e entre os conflitos gerados por essa problemática, o Assistente Social intervém como articulador entre a demanda reprimida e as políticas sociais para atender seu usuário, garantindo a eles acesso aos direitos e atendimento digno.

Assim, se faz neste trabalho um percurso metodológico que se apresenta estruturado em três capítulos: Aspectos Gerais da Instituição; A Política Nacional, Os Direitos do Pacientes e a Unidade de Neurocirurgia; O Serviço Social e o Paciente Internado.

No primeiro capítulo apresenta-se o contexto histórico do Hospital Governador Celso Ramos, da Unidade de Neurocirurgia e do Serviço Social na Instituição. Por último, faz-se uma explanação sobre os aspectos gerais da patologia de Tumor Cerebral – doença sofrida por alguns pacientes internados na Unidade de Neurocirurgia.

No segundo capítulo apresenta-se à trajetória percorrida pelas políticas de saúde no Brasil até chegar o atual modelo do SUS. Na sequência apresenta-se os direitos que podem ser acessados pelos pacientes internados naquela Unidade. Após, tece-se algumas considerações sobre a problemática inerente ao paciente acometido de tumor cerebral internados na Unidade de Neurocirurgia.

No terceiro capítulo, procura-se contextualizar a intervenção do Serviço Social através do relato e análise da atuação profissional do Assistente Social, junto aos pacientes internados naquela Unidade. Serão apresentados também, os dados da pesquisa realizada junto aos profissionais da saúde, que trabalham direta e indiretamente com esses pacientes. Pesquisa esta que buscou identificar os direitos dos pacientes internados e a prática profissional do Assistente Social no encaminhamento desta demanda, a partir da observação dos profissionais de saúde, que trabalham direta e indiretamente na unidade de Neurocirurgia.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais, onde se faz um retorno reflexivo sobre os temas abordados neste trabalho.

1 OS ASPECTOS GERAIS DA INSTITUIÇÃO - HGCR

1.1. O Hospital Governador Celso Ramos

O Hospital Governador Celso Ramos – HGCR, é um hospital público, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, foi inaugurado em 1966, e construído, a princípio para prestar atendimento de saúde para os servidores públicos e seus dependentes.

Hoje o HGCR, é centro de referência para todo o Estado de Santa Catarina e atende as diversas especialidades como: Neurocirurgia, Neurologia, Urologia, Vascular, Ginecologia, Ortopedia, Nefrologia, Angiologia, Oncologia, Otorrinolaringologia e outras.

Ao longo de seus 37 anos de existência, presta atendimento a toda população, em especial aos usuários do Sistema Único de Saúde/SUS. Atualmente atende aos conveniados de planos de saúde privados, tais como UNIMED, GEAP, SAÚDE BRADESCO, USIMED, UNISANTA e outros.

Para atender essa demanda o hospital conta com 250 leitos em funcionamento distribuídos entre as diversas especialidades. Como destacado acima, grande parte desses leitos é destinada a pacientes do SUS. 30 apartamentos são destinados a convênios ou pacientes que pagam pelo seu atendimento particular. Essa Unidade hospitalar também presta atendimento aos pacientes em estado crítico em seus dez leitos da Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo, com 16 leitos.

Conta ainda, com uma Unidade de Rim que presta assistência aos pacientes Renais Crônicos, onde são realizadas as seções de Hemodiálise e preparação para o transplante renal. Esses transplantes são realizados no Centro Cirúrgico do Hospital que funciona com 07 salas cirúrgicas para todas as especialidades. No HGCR também é realizado transplante de medula

óssea através da Unidade de Transplante de Medula Óssea – TMO, que atende pacientes com patologias de hematologia.

A Central de Transplante de Órgãos, ligada diretamente a Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério de Saúde, também funciona dentro dessa Unidade Hospitalar. Através dessa central tem-se acesso à fila única de Transplante de Órgãos de todo o Brasil.

Além destes serviços o hospital ainda oferece consultas ambulatoriais nas especialidades de dermatologia, ginecologia, vascular, ortopedia, otorrinolaringologia, clínica geral, oftalmologia, gastroenterologia, entre outras. No ambulatório são atendidos também pacientes da Clínica da Dor - atende pacientes com dor crônica - e a Clínica do Sono – atende pacientes com distúrbio do sono.

O HGCR, além dos serviços necessários como lavanderia, cozinha, refeitório, almoxarifado, serviço de manutenção, setor de contas, registro geral, arquivo médico, Central de Material e Esterilização, ainda conta com uma biblioteca, Centro de Estudos, Associação dos médicos e Residência Médica.

Sua missão é prestar assistência de referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriada, no âmbito da Saúde (SILVA, 1991).

Com intuito de cumprir sua missão o HGCR funciona como Hospital Escola, treinando e especializando os profissionais da área da saúde através do Serviço de Residência Médica nas especialidades de Anestesiologia, Ortopedia, Neurologia, Cirurgia Geral, Urologia, Clínica Geral dentre outras, bem como, recebe estagiários dos cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Psicologia, Administração, Técnico e Auxiliares de Enfermagem.

O HGCR possui um grupo de voluntárias que contribui no auxílio assistencial aos pacientes internados e funcionários quando cabível. Este grupo também contribui nas datas comemorativas através de decorações e almoços especiais, bem como, com a distribuição de pequenas lembranças aos funcionários.

Apesar de ser um hospital público, ele conta com a contribuição do grupo de voluntários, doações da comunidade em geral e de algumas empresas através de seus projetos de responsabilidade social.

O HGCR encontra-se organizado administrativamente da seguinte forma: Direção Geral, a qual todos os outros setores são subordinados. O Diretor é nomeado pelo Secretário do Estado de Saúde, que por sua vez é indicado pelo Governador do Estado. A duração de seu mandato é normalmente de quatro anos, todos outros cargos de confiança dentro da Unidade são indicados pelo Diretor Geral.

A Gerência Administrativa pertence aos órgãos de atividade meio e estão subordinados a ela os Serviços de: Nutrição e Dietética; Serviço de Farmácia; Serviço de Material e Patrimônio; Serviço de Atendimento Médico e Estatística - SAME; Serviços Gerais; Serviço de Processamento de Roupas, Serviço de Administração de Recursos Humanos.

Os órgãos de atividades finalistas são subordinados à Gerência Técnica. Fazem parte dessa divisão os seguintes serviços: Serviço Social; Fisioterapia; Psicologia; Radiologia e Tomografia.

A Gerência de Enfermagem, que também faz parte dos órgãos de atividades finalistas, tem sob sua gerência as Unidades de Internações; o Centro Cirúrgico; Unidade de Terapia Intensiva; Unidade de Terapia Semi Intensiva; Centro de Material e Esterilização; Emergência; Ambulatório; Grupo de Apoio ao Diabético - GAD; Unidade de Rim.

1.2 A Unidade de Neurocirurgia

Unidade Neurocirurgia localiza-se atualmente no 6º andar do HGCR, é composta por 26 leitos, porém atualmente estão funcionando 22 leitos para atender pacientes com indicação neurocirúrgicas. Esta Unidade foi inaugurada no dia 30 de abril de 2000, após reforma que foi realizada com ajuda de algumas instituições como RBS, Projeto Bia Rosa, Tractebel, entre outras. Ela é composta por profissionais médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Psicólogos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais e ainda o pessoal de apoio da limpeza e higienização e da nutrição.

A equipe médica é composta de quatro cirurgiões e dois clínicos geral que cuidam dos casos clínicos, como exemplo podemos citar: os pós-cirúrgicos com complicações clínicas, ou traumatismos cranianos que não necessitam de tratamento cirúrgico e outros.

Os pacientes internados na Neurocirurgia, normalmente são indicados pelos cirurgiões, conforme necessidade clínica, que encaminham para unidade, onde o enfermeiro chefe é responsável por chamar o paciente quando há leito vago na unidade. A internação pode ocorrer também, via Emergência, que são os casos de aneurisma cerebral ou traumatismos cranianos, ou ainda pacientes que estão em tratamento nas unidades de internação do hospital que sejam diagnosticados com patologias com indicação neurocirúrgica.

Essas internações eletivas são realizadas através do Registro Geral, como os demais pacientes. No caso dos pacientes do SUS são internados através do pedido de internação preenchido pelo médico assistente do paciente. Esse laudo de AIH (Autorização Internação Hospitalar), deve conter um número emitido pela Secretaria de Saúde do município onde o paciente mora, pois cada município recebe uma cota de internação mensal para atender seus habitantes.

1.3 O Serviço Social na Instituição

O serviço social foi criado junto com a instituição em 1966 é o órgão encarregado da coordenação das atividades relativas à assistência complementar aos pacientes e aos familiares em regime de internação e ambulatorial. Esse serviço está subordinado a Gerência Técnica e atualmente conta com quatro Assistentes Sociais um secretária, bem como, dois estagiários de Serviço Social, um da UFSC e um da UNISUL.

Conforme Silva, (1991) para implantação do Serviço Social no HGCR, foi contratada uma Assistente Social de um hospital de São Paulo.

O Serviço Social do Hospital Governador Celso Ramos iniciou em 1966, através da contratação da assessoria da Assistente Social URSULA M. SIMONN, Professora da Escola de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, integrante de Serviço Social do Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo e especializada em administração hospitalar, para organizar a implantação do Serviço Social no estabelecimento (SILVA, 1991:sp)

No seu atual Programa de Intervenção, o Serviço Social do HGCR, procura desenvolver suas atividades seguindo os objetivos pontuados no plano abaixo citado:

Possui uma atividade fim, que tem como objetivo básico estudar, diagnosticar e tratar seus pacientes com seus problemas decorrentes de suas mudanças comportamentais e sociais, questões de saúde proporcionando a sua promoção e seu desenvolvimento. Compete ao serviço social coordenar, prever e organizar pessoal e material específico, e suas atividades, estabelecer as diretrizes de atuação do serviço, de acordo com Divisão Técnica (SILVA, 1991:sp).

Da definição das diretrizes básicas do referido programa caracteriza-se o papel e a competência do serviço social hospitalar no HGCR.

Deste modo o serviço social congrega com os demais profissionais, num processo de ação integrada, a fim de atender as necessidades bio-psico-sociais dos pacientes e familiares.

Cabe ainda ao Serviço Social: elaborar, coordenar, executar, avaliar, supervisionar planos, programas, projetos de assistência social, contribuir na educação da população atendida, seja social ou sanitária; proporcionar desenvolvimento técnico-profissional ao seu pessoal; contribuir para maior rotatividade de leito hospitalar, realizando encaminhamentos junto à família e a comunidade; estimular o desenvolvimento da integração funcional do servidor; participar e colaborar na administração hospitalar.

Esses atendimentos são prestados a todos os pacientes internados e sua família, bem como, os pacientes externos que consultam nos ambulatórios dessa unidade hospitalar que procuram o Serviço Social em busca de esclarecimentos, informações, orientações e outros serviços profissionais.

O paciente/usuário do Serviço Social no HGCR é oriundo, em sua grande maioria do interior do Estado de Santa Catarina e da grande Florianópolis, podendo ainda ser de outros Estados ou países da América Latina. Caracteriza-se pelo o atendimento público através do SUS, como via ambulatorial e de internação através encaminhamento da atenção primária (Postos de Saúde).

1.4 Aspectos Gerais Sobre a Patologia de Tumor Cerebral

Na presente pesquisa optou-se por trabalhar com os pacientes com diagnóstico de tumor cerebral internados na unidade de Neurocirurgia e, para facilitar a compreensão dos leitores abordaremos algumas características e conceitos da obra de P. Ferreras Valentí e Ciril Rozman,(1979) Conforme segue abaixo.

Tumores Cerebrais são todas as formações intracranianas que comprimem a massa encefálica, são eles as neoplasias de substância cerebral, os tubérculos solitários, equinococos, cistocircose, abscessos, formações císticas e certos aneurismas volumosos. Alguns são intracerebrais outros são extracerebrais. (VALENTÍ, ROZMAN, 1979, p:1154)

Segundo estes autores os tumores cerebrais mais freqüentes são os de localização frontal, temporal, parietal e região do quiasma, seguindo os cerebelosos e do ângulo pontocerebeloso mais freqüente em crianças.

Ainda de acordo com esses autores, os tumores podem ser classificados como: tumores neuroepiteliais (meduloplastomas, espongioblastomas, oligodendroglioma, astrocitomas, glioblastoma, epidiomoma e os neurinomas); tumores mesodérmicos (meningiomas, angioblastomas e sarcoma); tumores ectodérmicos (craniofaringiomas e adenoma hipofisário); tumores congênitos (epidermóides, dermóides e teratomas); malformações vasculares e tumores vasculares e outros processos expansivos como os metastático e granulomas parasitários. Desses tumores aproximadamente 50% é benigna e a restante é maligna.

As causas dos tumores em geral são obscuras, porém os neurinomas, meningiomas, os gliomas de neurofibromatose de Recklinghausen e da esclerose tuberosa de Bourneville, hemangioblastomas cerebelosos da doença de von Hippel-Lindau podem ser de origem hereditária.

Segundo os mesmos autores, os tumores cerebrais podem ter sintomas focais, resultantes do aumento da pressão cerebral produzido pela redução do espaço da cavidade craniana e, sobretudo sobre o edema cerebral ou processo expansivo craniano. Os transtornos perifocais (circulatório edematoso irritativo), devido ação de crescimento dos tumores lentamente, determinam em suas imediações. O que ocorrem com maior freqüência são as cefaléias (dor na cabeça) contínua ou de intensidade variável. Muitas vezes, a dor compreende

toda a cabeça, em alguns casos só na localização do tumor. Os tumores de formação lenta geralmente não provocam cefaléia. Pode também ocorrer vômito, não sendo um sintoma precoce, salvo em tumores que dificultam a circulação do líquido cefalorraquiano. A bradicardia (lento batimento cardíaco) apresenta-se devido ao aumento da pressão intracraniana. A vertigem pode ser considerada um sintoma geral em certas ocasiões.

Em alguns tumores pode-se observar a surdez, cegueira, confusão mental, torpor, apatia, sonolência, diminuição da memória e outras perturbações. Às vezes, os transtornos mentais são os primeiros sintomas de um tumor cerebral, tais como desorientação, alteração de caráter, indiferença e falta de sentido de responsabilidade etc., e as convulsões epiléticas (30% dos casos), devido ao crescimento do tumor.

De acordo com estes autores, os tumores cerebrais normalmente são curados através da extirpação cirúrgica. Para tal, é necessário a localização prévia e precisa do tumor, feita através de exames como a tomografia, ressonância magnética e arteriografia. Estes têm que estar radicados em pontos acessíveis e possam ser bem enucleados de suas imediações. Nestes casos normalmente são extirpados sem causar danos às estruturas vizinhas, ou seja, sem deixar seqüelas. Nos demais casos, a conduta pode ser a craniectomia descompressiva para diminuir a pressão intracraniana para afastar sintomas, como a cegueira.

A cura da doença só é possível através de extirpação cirúrgica do tumor. Esta requer além da localização prévia e precisa do tumor, que ele esteja radicados em pontos acessíveis. (VALENTÍ, ROZMAN, 1979,p.1158).

Alguns dos tumores acima citados fazem parte do diagnóstico dos pacientes internados na neurocirurgia, que normalmente sabem de seu diagnóstico e são esclarecidos pela equipe médica dos riscos que podem correr em função da cirurgia, porém aceitam o

procedimento porque entendem que o único tratamento para poderem voltar a ter uma vida normal e para se livrar das dores e das seqüelas que a doença pode causar.

A Unidade de Internação da neurocirurgia atende quase que especificamente pacientes do SUS, desta forma, aborda-se a seguir a trajetória das políticas de saúde até a atualidade.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, OS DIREITOS DOS PACIENTES E A UNIDADE DE NEUROCIRURGIA

2.1 A Política Nacional de Saúde e Sua Trajetória

No Brasil até 1930, conforme Wesphal e Almeida (2001:21) o país era assolado por doenças infecto-contagiosas, como malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses, entre outras. Desta forma, a exigência do sistema de saúde era de uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e a erradicação ou o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, prejudicado assim, o modelo econômico da época, o agroexportador.

A partir desse período a saúde é encarada como questão social conforme salienta Silva (1991:sp): “A saúde emerge como questão social no Brasil no período de ascensão da economia capitalista exportadora de café, considerada por alguns estudiosos como a primeira etapa do desenvolvimento do capitalismo brasileiro”.

Desta forma, esse período possibilitou o surgimento de políticas sociais que responderam a questões sociais em geral e as de saúde em particular, conforme Stein ao citar Bravo.

A Conjuntura nos anos 30 possibilitou o surgimento de políticas sociais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática, as questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas. Necessitavam transformar-se em questão política, com intervenção estatal, assim como necessitavam da criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário nacional, em decorrência da nova dinâmica de acumulação. (BRAVO Apud, STEIN, 2003:20).

Diante dessa perspectiva, do final do século XIX até metade da década de 1960, o modelo hegemônico de saúde era o sanitarista campanhista com intervenção e a execução nas comunidades e cidades.

De acordo com Wesphal e Almeida (2001:22), em 1923 as ações de saúde foram vinculadas ao Ministério da Justiça, incluindo-se como responsabilidade do Estado, o controle das endemias e epidemias e a fiscalização de alimentos e controle dos portos e das fronteiras.

Ainda de acordo com Wesphal e Almeida (2001:23), em 1930 a saúde foi anexada ao Ministério da Educação, através do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nesta época também surgiram inúmeros sanatórios para tratamento das doenças como a tuberculose e a hanseníase, que se associaram aos manicômios existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica. Surgiram também, os Departamentos Estaduais de Saúde, antecessores das atuais Secretarias Estaduais de Saúde. Porém apesar dessa expansão a situação não foi adequada em termos qualitativos e quantitativos nos atendimentos em saúde.

Para Silva (1991:sp), estas medidas são o começo de um processo de centralização federal afirmando o seguinte: “O Processo de centralização federal começa se efetivar em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde composto por dois departamentos: o Departamento de Educação e o Departamento da Saúde”.

Ainda conforme esta autora, “É possível afirmar que nesse período emerge e toma forma uma Política Nacional de Saúde, pois instalam-se instrumentos necessários para efetivá-la. No entanto, desde de sua criação já apresentava um “caráter restrito” da política de saúde”.

Ela ainda mostra que em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, em virtude do crescimento das ações de saúde. Consolidando o suporte institucional e burocrático que o Departamento de Saúde exigia desde sua reforma.

Com o advento da industrialização foram se esvaziando as ações campanhistas e cresceu a atenção médica através da Previdência Social. Surgindo então o modelo médico assistencial privatista. Como bem explica Wesphal e Almeida:

O processo de industrialização provocou, progressivamente, um esvaziamento das ações campanhistas e um importante crescimento da atenção médica através da Previdência Social. Essa dinâmica contribuiu para conformação de um novo modelo de saúde: o modelo médico assistencial privatista (WESPHAL e ALMEIDA, 2001:22)

A Assistência Médica da Previdência Social foi instituída em 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, criando-se nessa ocasião a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP). As primeiras CAPs eram destinadas aos ferroviários, surgindo posteriormente outras categorias profissionais urbanas, que adquiriram também este direito a partir de mobilizações. Para melhor compreensão desse contexto histórico cita-se Duarte:

No Brasil, a primeira lei relativa à proteção social ao trabalho data de 1919. Essa lei responsabilizou o empregador pelo acidente de trabalho ocorrido na empresa. No entanto, muitos autores apontam Lei Eloy Chaves, de 1923, que criou a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) dos ferroviários, como marco inicial do sistema de proteção social no Brasil. Sem dúvida, iniciou aí o processo de construção da CAPs, estendidas aos portuários em 1926, e, posteriormente, aos telegrafistas, rádio-telegrafistas e outras categorias profissionais. A criação das CAPs ocorreu na esfera privada mediante a um pacto entre capital e trabalho. A interferência do Estado na gestão e no financiamento só ocorreu, na década de 30, com Getúlio Vargas (DUARTE, 2003:126).

Em 1936 já existiam 183 CAPs, no entanto a maioria da população não tinha acesso aos serviços de saúde, e tinham que pagar por serviços privados ou serem amparados pelas instituições de benemerência (casas de misericórdias). Com o Estado Novo de Getúlio Vargas, teve início os IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões), que eram estruturados por categorias profissionais.

Nas CAPs, a assistência médica era uma atribuição central e obrigatória. Nos IAPs, essa assistência assumiu um caráter secundário, devido a um terço dos recursos dos

IAPs serem utilizados para financiar o desenvolvimento da indústria de base, fundamental para sucesso da industrialização e do capitalismo no Brasil.

Segundo Silva (1991:sp) “Os IAPs foram criados sob nova forma de organização administrativa, ou seja, não mais por empresas, mas sim por categorias profissionais”.

O processo de industrialização acelerado vivido pelo país e a migração do campo para as cidades, principalmente a partir de 1950, aumentou consideravelmente a demanda por assistência médica. Era necessária a atuação sobre o corpo para garantir a capacidade produtiva do trabalhador. Não bastava somente sanear o espaço de circulação de mercadorias.

Segundo Magajewski (1994:50), os IAPs tiveram considerável ampliação em sua estrutura, principalmente a hospitalar no segundo governo de Getúlio Vargas e de Juscelino Kubitschek. A visão de saúde na época era hospitalocêntrica, modelo americano, incorporando indiscriminadamente tecnologias de alto custo, fortalecendo a indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

De acordo com Wesphal e Almeida (2001:24), em 1966 os IAPs, foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando benefícios bem diferenciados entre as corporações. Com o INPS, a cobertura previdenciária se estendeu a quase toda a população urbana e rural. Houve um privilégio da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública; criação de um complexo médico industrial. Além da organização do sistema de saúde ser guiado pela lucratividade e concessões de privilégios para produtos privados de serviços de saúde.

Apesar da ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores, notava-se que havia um caráter discriminatório da política de saúde. Eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, a qualidade e a quantidade de serviços à população.

Com advento da abertura política, a partir de 1974, questionava-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado em relação às de saúde. Separou-se a área do trabalho da área da previdência, criando-se o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. Para melhor compreensão deste contexto histórico citamos Stein:

A partir de 1970, a saúde individual e coletiva tem suas responsabilidades explicitadas pelo primeiros e segundo Planos Nacionais de Desenvolvimento –PND. O esgotamento do regime militar, a crise do petróleo, o fim do Milagre Brasileiro, levam o Estado a assumir um novo arranjo institucional para a previdência, onde, em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que fica responsável pela as atribuições médico-assistenciais. Em 1975 é regulamentado o Sistema Nacional de Saúde e no ano de 1977 e criado o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social – SINPAS, garantindo este a base jurídica legal da previdência dentro do sistema nacional de saúde (STEIN, 2003: 21).

Como bem ilustram Wesphal e Almeida (2001:25) em 1975, foram estabelecidas as competências da iniciativa privada e as do setor estatal na área da saúde, dividindo as competências para as ações de saúde pública (não rentáveis) e as atenções médicas (rentáveis) intermediadas pela previdência social. O SINPAS, Sistema Nacional de Previdência social, foi criado em 1977, buscou reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. Foram criados também a DATAPREV, empresa de processamento de dados com importante controle e avaliação dos serviços; O INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e a CEME, Central de Medicamentos.

Conforme Wesphal e Almeida (2001: 26), na década de 1970 o Estado era o grande financiador da saúde, através da Previdência Social. Nesse período começou a se apresentar graves problemas em função das fraudes no sistema de pagamento e faturamento nas unidades de serviços. Desvios de verbas da Previdência para financiar megaprojetos do governo, aumento de gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado deram origem a uma grave crise financeira do sistema.

A Política Nacional de Saúde neste momento, enfrentou permanentemente entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência de movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiam reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da previdência social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O ministério de saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO 2000 apud STEIN, 2001:21).

Ainda de acordo com Wesphal e Almeida, (2001: 28), foi nessa década que surgiram os alicerces políticos-ideológicos para o movimento da Reforma Sanitária, mesmo com modelo médico privatista. Em 1978 na Conferência Mundial de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde, surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde.

Havia a necessidade de expandir a atenção médica no Brasil, com o modelo de baixo custo para atender as populações excluídas, principalmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Para esse fim desenvolveu-se uma proposta de atenção primária seletiva com poucos recursos, tecnologias baratas e simples, pessoal com baixa qualificação. Essa proposta estava longe de se igualar à proposta de atenção primária à saúde, da Conferência Mundial de Saúde.

Conforme Wesphal e Almeida (2001:27-28), a década de 1980 veio marcada por uma profunda crise econômica, estagnação do crescimento, descontrole da inflação e recessão. Além do processo de redemocratização do país, acelerado pela derrota eleitoral do governo militar, pelo movimento das Diretas Já, pela mobilização popular e sindical.

Do ponto de vista político-institucional, passou-se para o discurso da defesa do direito universal de saúde e do dever do Estado em propiciá-la, do estabelecimento de um comando único para saúde e da convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para

subsidiar a Assembléia Constituinte. O processo de descentralização das ações de saúde, passou das AIS para a construção de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987.

E Conforme Silva:

Começa então a ser discutida a saúde como um direito básico de todos, independente do vínculo trabalhista. E percebe-se que a partir do plano CONASP, que evolui com as AIS o Estado Brasileiro procurou reassumir a questão da saúde de forma mais intensa, de que nos últimos anos anteriores aos planos. Em 1987, no Governo do Presidente José Sarney, foi assinado o Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que instituiu o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) (SILVA, 1991: sp).

Em 1986, aconteceu em Brasília, a VIII Conferência Nacional da Saúde – CNS. Foi um dos eventos político sanitário mais importantes por seu caráter democrático. Participaram desse evento milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, Universidades, parlamentares, ONGs e outros.

Da VIII CNS, resultou o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação do projeto da Reforma Sanitária, contendo três aspectos principais: O conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do Estado, e a instituição de um Sistema Único de Saúde.

Em sentido mais abrangente, a saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da população, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (STEIN, 2003:22).

Na Assembléia Nacional Constituinte, o texto da saúde, foi defendido por um grupo de parlamentares apoiados pelo movimento de reforma sanitária. Na Constituição de 1988, os artigos 196 a 200, expressam os conceitos, princípios, e uma nova lógica de organização da saúde. Nesta, o conceito de saúde ficou entendido numa perspectiva de

articulação de políticas econômicas e sociais. A saúde é concebida como direito universal derivado do exercício de cidadania plena e não mais como direito previdenciário. Seus serviços e ações de saúde passam a ter relevância pública. É criado um Sistema Único de Saúde – SUS, descentralizado, com comando único em cada esfera do governo, onde há atendimento integral e participação da comunidade.

A discussão do conceito de Seguridade Social ocupou espaço importante na Constituinte, resultando na construção do Capítulo da Seguridade Social. Segundo Benjamin (1997:11), buscou-se definir um pacto de cidadania, fundado no tripé: Previdência, Saúde e Assistência Social. A Previdência conduz a idéia de que, após a vida laborativa, todos os trabalhadores tenham assegurado o direito de manter sua condição de vida; A Saúde passa a ser direitos de todos, devendo o poder público e a sociedade ampararem os que adoecerem; A Assistência Social deve atender aqueles que não puderem inserir-se na atividade produtiva, por incapacidade física ou mental, necessitando ser amparado pelo poder público (DUARTE, 2003:127).

Nestes termos a Constituição Federal de 1988, representou um grande avanço para a área da saúde, reconhecida internacionalmente como referência em termos de política de saúde e base jurídica constitucional.

O Sistema de Saúde – SUS, definido pela constituição de 1988, no seu art.196 define saúde como: “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, CF, 1988).

Entre 1989 e 1990 foi elaborada a Lei 8080, aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição Federal. (STEIN, 2003:23)

Apesar de todos esses avanços alguns fatores retardaram a regulamentação da saúde, tais como: interesses corporativos de setores privados, de grupos ameaçados de extinção de seus órgãos (funcionários INAMPS, SUCAM, SESP e outros). O movimento pró-

saúde continuou, coordenado pela Plenária de Saúde, que resultou da Lei 8142 de 28/12/1990, que resgatou o que havia sido vetado.

De acordo com a Constituição de 1988, o SUS é baseado nos preceitos constitucionais, norteados pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade** - todos tem direito ao atendimento, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda etc., deixa de existir a partir daí a figura do indigente para a saúde.
- **Equidade** - todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Considerando-se que existem grupos que vivem de forma diferente, e têm seus problemas específicos, são diferentes no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidade de satisfazer suas necessidades de vida. Portanto o SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares.
- **Integralidade** - as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem atender o indivíduo como ser humano integral, submetido as mais diferentes situações da vida e do trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. Ele deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. O atendimento deve ser feito para saúde e não somente para a doença. É preciso garantir as ações de promoção, que envolvem ações em outras áreas, como habitação, meio ambiente e educação; proteção que envolvem ações no saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária, etc.; recuperação que envolvem atendimento médico, tratamento e reabilitação para doentes.

No período em questão, como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso, o que refletiu na CF.de 88. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das Leis 8080 e 8142. A aprovação da legislação complementar, que instituiu e regulamentou o Sistema Único da Saúde foi permeada por confrontos e negociações intensas, refletindo a posição antagônicas dos distintos grupos de interesses ligados ao setor.(NOGUEIRA, 2002:153).

Segundo Stein (2003:23) “A Norma Operacional Básica, que estabelece medidas para descentralização dos serviços de saúde foi publicada em maio de 1993, época em que foi extinto o INAMPS. Já a NOB/96, responsável pelo fortalecimento do processo de municipalização”.

A Lei 8.689/93, de 27 de julho de 1993, Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS - ficando as ações de saúde a cargo do SUS.

De acordo com Stein (2003:24), além de promover uma integração das ações entre as três esferas do governo a NOB/96, desencadeou um processo intenso de descentralização, transferindo para o Estado e especialmente para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para operacionalização do SUS, que eram concentradas na esfera federal.

Ainda de acordo com essa a autora, mais recentemente surge a NOAS-SUS (01/2001) – Norma Operacional de Assistência a Saúde. Ela apresenta um conjunto de estratégias em torno do pressuposto, de que no atual momento de implantação do SUS, são elementos centrais para o avanço do processo, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema. Portanto a NOAS-SUS tem como objetivo atualizar a

regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento.

Apesar de todos esses avanços vivenciados pela política nacional de saúde e de ser o SUS um dos sistemas de saúde mais bem elaborados e reconhecido internacionalmente, sabe-se que este não dá conta da demanda. Os usuários que procuram o sistema nem sempre são atendidos ou os atendimentos requisitados demoram muito para ser efetivados. Além de alguns serviços oferecidos estarem sobrecarregados muitas vezes são precários e ineficientes, principalmente no interior dos Estados, sobrecarregando os serviços oferecidos nas capitais e obrigando os usuários a deslocarem-se de suas cidades para conseguir atendimento.

Diante desse contexto, com baixa da qualidade dos serviços prestados, os principais afetados são as pessoas de baixa renda, que são efetivamente as que mais adoecem, por não terem acesso a uma boa alimentação, por morarem em condições precárias, sem condições sanitárias satisfatórias, entre outras. E principalmente decorrente do pouco investimento na prevenção de doenças e conseqüentemente na procura por atendimento curativo.

Diante dessa perspectiva é que o profissional de Serviço Social deve estar atento, conhecendo todo o sistema de saúde, bem como as leis que amparam seus usuários para prestar um atendimento adequado e de qualidade, possibilitando ao cidadão o acesso aos direitos a eles direcionados.

2.1.1 Direitos dos Pacientes Internados

Através dos direitos são articulados cada vez mais a perspectiva de consolidação democrática e ampliação de cidadania. Entretanto, grande parte dos cidadãos brasileiros que procuram o sistema de saúde tem um atendimento inadequado e são desrespeitados na sua subjetividade. É comum principalmente numa instituição hospitalar a pessoa ser conhecida pelo nome da doença que lhe acomete, sendo esquecido seu nome o sobrenome, ser atendida de forma indigna.

É diante desse contexto, que se considera importante abordar os direitos dos pacientes internados. Direitos que os pacientes acometidos por patologias, como os internados na Neurocirurgia, têm e nem sempre conhecem.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), “é responsabilidade do Estado a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, garantindo a população acesso aos serviços e ações de saúde sem privilégio de qualquer espécie”.

De acordo com Os Direitos do Paciente, Um Manual de Sobrevivência, (GAUDERER, 1991:202), todo o paciente hospitalizado tem direito:

- De receber um atendimento atencioso e respeitoso;
- A dignidade pessoal (inclusive não ser obrigado a ficar despido mais tempo que o necessário e tem direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinada);
- Ao sigilo ou segredo médico;
- De conhecer a identidade dos profissionais em seu tratamento;
- Informação clara, em linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico;

- De comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor;
- De recusar tratamento e de ser informado sobre as consequências médicas dessa opção;
- De ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento e de recusar a participação deles;
- De receber uma explicação completa à sua conduta hospitalar;
- De reclamar (e a reclamação não deverá ter influência na qualidade do tratamento);
- De recusar a realização de exames desnecessários;
- De ter acesso a uma segunda ou uma terceira avaliação;
- De escolher o médico e/ou especialista dentro do ambiente hospitalar;
- De questionar a medicação prescrita;
- De ter acesso à ficha médica.

Esses direitos devem ser conhecidos por todos os pacientes para que eles tenham uma participação mais ativa, responsável e atuante em seu tratamento, livrando-se da postura obsoleta que o conceito da palavra paciente carrega.

Conforme o Código de Ética Médica – art. 70 de 1988, capítulo VII. É vedado ao médico: “negar ao paciente acesso a seu prontuário, ficha clínica, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão salvo quando, ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”.

E conforme Calderer: “O paciente tem direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve

conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações” (CALDERER, 1991:53).

Outro item que pode ser usado na defesa dos pacientes internados está fundamentado no Código de Defesa do Consumidor – art. 72, o prestador de serviços, tal como médico ou profissional de saúde não pode “impedir ou dificultar o acesso do cliente às informações que contêm em cadastro, banco de dados, fichas ou registros”.

Alguns direitos são assegurados aos pacientes portadores de tumores malignos e outros como:

Auxílio-doença – será concedido ao trabalhador formal que ficar incapacitado para seu trabalho ou para sua atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos. Os primeiros 15 dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, cabem a empresa pagar ao empregado o seu salário. Com carência de 12 meses a contar da última contribuição.

Para o portador de doença maligna não existe carência para requerer o auxílio-doença, desde que provado por laudo médico e que o paciente tenha inscrição no Regime Geral da Previdência Social – INSS. O auxílio consistirá numa renda mensal de 91% do valor pago da última contribuição. O auxílio-doença deixará de ser pago quando a pessoa recuperar a capacidade para o trabalho ou pela transformação em aposentadoria por invalidez. Para ter acesso a este benefício, o paciente ou sua família deve procurar o posto do INSS mais próximo a sua casa, com os seguintes documentos: Laudo Médico (com a descrição da doença, data do diagnóstico, CID, e assinado pelo médico); Cartão de inscrição do INSS, Carnê de Pagamento do INSS (autônomo); Carteira de Trabalho original (se empregado); Comprovante de Residência original e 1 xerox; CIC original e xerox (VOLPE, 2003).

Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) – Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, com dispositivo acrescentado pela Lei nº 8.922, de 25 de julho de 1994, seu artigo 20, inciso XI, assegura que a conta vinculada do FGTS poderá ser removida quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido por neoplasia maligna.

Para ter acesso a este benefício o usuário deve apresentar na Caixa Econômica Federal setor de Atendimento ao Trabalhador, os seguintes documentos: Carteira de Trabalho – (original e fotocópia); Documento de Identidade; Laudo Histo-patológico (biopsia); Atestado Médico; Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, se for o caso; No caso de dependente, apresentar Certidão de Nascimento ou Casamento provando o vínculo.

O atestado médico deve ser fornecido pelo médico assistente do paciente, com prazo de validade de 30 dias, contendo: nome do paciente, Diagnóstico com CID – Código Internacional de Doenças, Estágio Clínico atual da doença e Menção à Lei 8922 de 25/07/94, (BRASIL, Caixa Econômica Federal, 2004).

Isenção de Imposto de Renda na Aposentadoria – Os pacientes com Tumor Maligno (câncer) estão isentos do Imposto de Renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão inclusive as complementares (RIR/1999, art. 39, XXXIII, IN SRF nº 15, de 2001, art 5º, XII). Inclusive os rendimentos recebidos acumuladamente não sofrem tributação (Lei 7.713, de 1988, art 6º, inciso XIV). Para solicitar a isenção, o paciente deve procurar o órgão que paga a aposentadoria (INSS, Prefeitura, etc.), com requerimento e comprovar a doença mediante laudo pericial a ser emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo fixado o prazo de validade do laudo pericial, nos casos possíveis de controle (Lei nº 9.250, de 1995, art 30; RIR/1999, art 39; INSRF nº 15, de 2001, art 5º). Os documentos necessários para requerimento são a cópia do laudo histopatológico e atestado médico com diagnóstico expresso da doença; CID (Código

Internacional de Doença); menção do decreto nº 3000 de 25/03/1999; estágio clínico atual da doença e do paciente; carimbo legível do médico com o nº CRM (Conselho Regional de Medicina). Após a solicitação é realizada a perícia médica, e caso o pedido seja aceito, a isenção de Imposto de Renda para os doentes e aposentados é automática (BRASIL, Receita Federal, 2004).

Aposentadoria por Invalidez – será concedida ao segurado da Previdência Social, que for considerado incapaz de trabalhar e que não esteja sujeito à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, independente de estar recebendo ou não com auxílio-doença. O paciente com neoplasia maligna terá direito ao benefício independente do pagamento de 12 contribuições, desde que tenha qualidade de segurado, ou seja, que esteja inscrito no Regime Geral da Previdência Social – (INSS). Caso o segurado esteja recebendo auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez começará ser paga a partir do dia imediato da cessação do auxílio-doença. Quando não estiver recebendo o auxílio, o benefício começará a ser pago a partir do 16º dia de afastamento da atividade ou a partir da data do requerimento, se entre o afastamento e o requerimento decorrerem mais de 30 dias. Para trabalhadores autônomos, o benefício começará a ser pago a partir da data de entrada do requerimento, quando requerido após o 30º dia de afastamento da atividade. O benefício deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade para o trabalho; ou quando volta voluntariamente ao trabalho; ou quando solicita concordância da perícia médica do INSS. (BRASIL, Previdência Social, 2004).

Isenção de Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) – Deficientes Físicos – É um imposto Estadual. Cada Estado da Federação tem sua lei própria. Em Santa Catarina, esta regulamentado pelo RICMS/97, anexo 2, art 38 à 40. Isenta do ICMS

os que sofrem deficiência física que os impeçam de dirigir veículo convencional decorrente do tratamento. (BRASIL, AMUCC, 2004).

Isenção de Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) – Deficientes Físicos. Cada Estado da Federação tem sua própria Lei regulamentada. Em Santa Catarina é regulamentada pela Lei nº 7.543, de 30 de dezembro de 1988, que instituiu o imposto sobre o IPVA, no seu art 8º, isenta do imposto sobre a propriedade de veículos terrestres adaptados para ser dirigido exclusivamente, por motorista portador de deficiência física que o impeça de dirigir veículo normal. (BRASIL, AMUCC, 2004).

Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente (LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742/93, art 2º) – O doente com doença maligna, que fica com seqüelas, ou seja, com deficiência ou a pessoa com idade superior a 65 anos possui direito a renda mensal, de um salário mínimo, desde que comprove a impossibilidade de garantir seu sustento e que sua família também não tenha essa condição, não esteja vinculado a nenhum regime de previdência social e não receba benefício de espécie alguma, mesmo em estado de internação, tanto o idoso quanto o deficiente possuem direito ao benefício. O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito à pensão a herdeiros ou sucessores. Não dá direito a décimo terceiro salário. Terá direito ao benefício o usuário cuja renda familiar dividida entre os membros da família não ultrapasse a um quarto do salário mínimo. O benefício deve ser requerido no INSS com o laudo médico que comprove sua deficiência. A renda mensal deverá ser revista a cada dois anos para avaliação das condições do paciente. O pagamento do benefício cessa no momento em que ocorrer a recuperação da capacidade de trabalho ou em caso de morte do beneficiário. (BRASIL, Previdência Social, 2004).

Isenção de imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para aquisição de veículo – Portador de Deficiência – É um imposto federal, regulamentado pela Lei nº

10.182/2001, que restaurou a vigência da Lei nº 8.989/95, que dispõe sobre a isenção do IPI. Fixa em seu art 2º, Caput e Parágrafo Único que: quando adquiridos por pessoas que, em razão de serem portadoras de deficiência física, não possam dirigir automóvel comum. O direito a isenção se dá aos portadores de deficiência nos membros inferiores ou superiores, impossibilitando a pessoa de dirigir veículo comum. Para obter a isenção a pessoa deverá solicitar para ao seu médico os exames e o laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência. Para obter a isenção do IPI, o interessado deverá:

- I - obter junto ao Departamento de Trânsito do Estado onde residir, os seguintes documentos: Laudo de Perícia Médica e Carteira Nacional de Habilitação com a especificação do tipo de veículo, com suas características especiais, que está autorizado a dirigir, conforme o laudo da perícia médica, se o deficiente físico não tiver a carteira de motorista deverá providenciá-la no prazo de 180 dias;
- II – apresentar requerimento de acordo com o modelo, em três vias, dirigido ao Delegado da Receita federal;
- III – não ter pendências junto a Secretaria da Receita Federal relativas aos Impostos Federais, como, por exemplo, Imposto de Renda. (VOLPE, 2003).

Programa de Integração Social (PIS) – A Resolução nº 1, de 15 de outubro de 1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP, estabelece direito ao recebimento do benefício, podendo ser retirado na Caixa Econômica Federal pelo trabalhador cadastrado que sofre de neoplasia maligna ou o trabalhador que possuir dependente com diagnóstico de neoplasia maligna. Para efetuar o saque são necessários os seguintes documentos: comprovante de inscrição no PIS/PASEP; Carteira de Trabalho; Documento de

Identidade; Atestado Médico fornecido pelo médico que acompanha o tratamento. (BRASIL, Caixa Econômica Federal, 2004).

Estes são os direitos que os pacientes, podem ter, porém a maioria não tem conhecimento desses direitos. Portanto faz-se necessário que o profissional do Serviço Social conheça-os, para prestar as informações necessárias a fim de que o usuário tenha acesso a eles.

2.2 Considerações Sobre a Problemática Inerente ao Paciente de Tumor Cerebral Internado na Unidade de Neurocirurgia

A Unidade de Internação Neurocirúrgica, como já sabido, recebe os pacientes com problemas neurológicos que tenham indicação cirúrgica, como é o caso dos aneurismas cerebrais, abscessos, hidrocefalia, traumatismos cranianos, os diversos tumores cerebrais, entre outros.

Estes pacientes, como já foi citado no capítulo anterior, internam via emergência, ou encaminhados de outras unidades hospitalares, dependendo da patologia, pois o HGCR é referência em neurocirurgia. Os pacientes acometidos por tumor cerebral, ficam em uma lista de espera aguardando vaga para internação, ou dependendo da gravidade do caso entram na frente dos que estão aguardando.

Segundo Valentí e Rozman (1979:1154), o tumor cerebral é uma patologia que pode trazer uma série de complicações aos pacientes que são acometidos por essa enfermidade, podendo determinar uma série de limitações e dificuldades sociais para o seu portador como: a exclusão do mundo do trabalho; a possibilidade de necessitar de ajuda para

tarefas rotineiras devido às seqüelas trazidas pela doença; além de saber que o único tratamento é através do ato cirúrgico na maioria dos casos.

A cirurgia de tumor cerebral é uma cirurgia extremamente delicada. É realizada normalmente através de um aparelho microscópico, e requer do médico cirurgião e do anestesiolologista muita habilidade e conhecimento para realização do procedimento cirúrgico e anestésico. Após a cirurgia o paciente necessita, pelo menos nas primeiras 24 horas de um cuidado intensivo da equipe de enfermagem e médica, por isso todo paciente submetido a este tipo de cirurgia é encaminhado para a Unidade de Tratamento Intensivo - UTI.

O tempo normal de internação para o procedimento cirúrgico de um paciente portador de tumor cerebral normalmente gira em torno de sete a dez dias dependendo da recuperação. Porém há casos, quando o paciente já está mais debilitado, ou seja, com algumas seqüelas provenientes do tumor, que muitas vezes acontece em função da demora do diagnóstico a internação pós-cirúrgica tende se prolongar.

O HGCR dispõe de um Centro Cirúrgico com sete salas cirúrgicas das quais são divididas nas várias especialidades de modo organizado para que todos os pacientes sejam atendidos conforme a necessidade. A especialidade de neurocirurgia dispõe de vagas todos dias da semana nos horários matutino e vespertino. Por isso, os cirurgiões organizam sua agenda conforme horários disponíveis no Centro Cirúrgico.

A UTI do HGCR tem capacidade para quatorze leitos, mas atualmente estão em funcionamento 10 leitos por alguns fatores institucionais como: falta de pessoal de enfermagem e aparelhos respiradores suficientes para o funcionamento de todos os leitos. Na UTI trabalham nas 24 horas a equipe de enfermagem como: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e os Médicos Intensivistas. Estes dez leitos de UTI, normalmente são insuficientes para o número de pacientes atendidos pelo hospital gerando uma série de

problemas, inclusive a retardo de realização de cirurgias que necessitam de vaga na UTI, como é o caso das cirurgias de aneurisma cerebral, tumores cerebrais, além de outros.

Os pacientes internados com tumor cerebral, para aguardar cirurgia, são as principais vítimas dessa falta de vagas, pois normalmente permanecem mais tempo internados em função de suspensão de sua cirurgia por falta de UTI. Esse fato causa muita ansiedade e stress a esses pacientes demandando um trabalho mais intensivo por parte dos profissionais que trabalham com os eles, inclusive do Assistente Social que se torna muito importante.

É o profissional do Serviço Social que através de um tratamento de apoio psicossocial, presta orientações e esclarecimentos aos pacientes, informando-os sobre os seus direitos e acontecimentos dentro do contexto hospitalar. E principalmente através de seu trabalho de observação e do diálogo, faz com que percebam a importância de permanecerem tranquilos e colaborem com o tratamento médico hospitalar, a fim de alcançar resultados positivos com relação ao tratamento e sejam sujeitos ativos de sua própria cura.

3. SERVIÇO SOCIAL E O PACIENTE INTERNADO

3.1 A Prática Profissional do Assistente Social, no Atendimento ao Paciente Internado na Unidade de Neurocirurgia

Trabalhar com os pacientes internados na Unidade de Neurocirurgia durante o período de estágio representou para o pesquisador o ponto central para identificação das ações do Serviço Social junto aos pacientes.

Durante este período foram desenvolvidas ações como a coleta de dados nos prontuários, antes da primeira visita ao paciente. Nessa ação colhiam-se dados como: nome, endereço, profissão, idade, religião, telefone, para contato com a família e o médico que acompanhava o paciente. O conhecimento desses dados possibilitou referir-se ao paciente pelo nome, bem como, não importuná-lo com perguntas que já foram feitas no ato da internação.

No primeiro contato com o paciente, o profissional do Serviço Social procura identificar se o paciente tem o conhecimento sobre o diagnóstico que o levou a internação, além de dar-lhes os devidos encaminhamentos e orientações e informá-lo sobre a rotina e atendimento hospitalar, como também, sobre seus direitos e deveres dentro da Unidade.

Para prestar esse tipo de atendimento, faz-se necessário que o profissional do Serviço Social tenha conhecimento destas questões, pois historicamente é o profissional que se preocupa com as questões dos direitos dos usuários permitindo a eles o acesso. E nesse sentido Simionato e Nogueira (1995) afirmam:

A questão dos direitos sempre esteve presente na trajetória do Serviço Social com diferentes significados e alcance. Ora a reflexão apontou para os direitos humanos preconizados pelas Nações Unidas e que durante muito tempo, fundamentou o Estatuto Profissional; ora enfatizou-se o aspecto formal dos direitos enquanto expressão legal de algumas garantias individuais e sociais. Considera-se que os direitos têm como objetivo explícito regular as práticas sociais e os vínculos que se estabelecem entre indivíduos, grupos e classes e entre estes e o poder constituído (SIMIONATO e NOGUEIRA, 1995: 38).

Como já foi citado no capítulo anterior, trabalhou-se com pacientes de vários diagnósticos, no entanto, optou-se por dar ênfase à reflexão sobre a questão dos pacientes internados com Tumor Cerebral, pois estes, acabam ficando mais tempo internados que o necessário, em função de alguns fatores institucionais que interferem na realização de sua cirurgia. Um deles é o fato do procedimento cirúrgico necessitar de uma vaga na UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

Após a internação com conhecimento de seu diagnóstico, e sabendo que o único meio para cura é a cirurgia, esse paciente coloca toda a sua energia e esperança de melhora no ato cirúrgico. Começando então uma nova etapa para alcançar seu objetivo: livrar-se da doença e voltar ao seu convívio social: sua família, trabalho, entre outros.

A preocupação com ato cirúrgico também acompanha o paciente, pois sabe-se que qualquer cirurgia que uma pessoa precisa fazer é fator gerador de stress, medo, insegurança. No caso específico desses pacientes, a preocupação ainda é maior devido à localização ser no cérebro, e todos saberem que o cérebro é um sistema altamente complexo que comanda todo o corpo e qualquer erro pode causar danos irreversíveis à pessoa.

A equipe médica ao conversar com o paciente sobre seu diagnóstico lhe deixa ciente de toda as conseqüências que a doença pode trazer e também dos riscos cirúrgicos. Esse fato é importante para o paciente porque ele pode decidir pelo seu destino, mas também, lhe causa bastante ansiedade, necessitando assim de apoio e compreensão.

O contexto vivenciado por esses pacientes demanda do profissional do Serviço Social uma intervenção sistemática, de forma articulada com outros profissionais a fim de manter-se informado sobre o tratamento médico-hospitalar, bem como, sobre a possível data para a intervenção cirúrgica. Essa conduta profissional contribui no relacionamento com o usuário à medida que se pode prestar informação e orientar sobre a melhor forma de encaminhar seu tratamento tornando-o sujeito ativo de sua cura.

Nessa perspectiva a prática do Serviço Social se insere procurando trabalhar de forma peculiar a cada especificidade da profissão para atender bem seu usuário. Como bem define Gentili (1998):

Essa prática por sua vez materializa o processo de trabalho que se desenvolve apoiado em dois aspectos, presente em todas as ações de setor de serviços: de um lado atende as particularidades e à individualidade e de outro as contingências e a variabilidade. Ou seja, sua imprecisão decorre do fato dos profissionais estabelecerem relações que se referem às particularidades de cada serviço, a individualidade de cada usuário, as contingências pelas quais a ação se opera e as variações possibilitadas pelas escolhas dadas (GENTILI, 1998:42).

E isso não poderia ser diferente na área da saúde, onde o profissional busca a melhor forma de atender seu usuário dentro de sua necessidade, encaminhando assim para uma perspectiva de satisfação, tanto do profissional como do usuário.

Historicamente na área da saúde espera-se do indivíduo doente paciência e resignação, quanto ao seu tratamento delegando ao profissional da saúde a preocupação com sua cura. Cauderer, (1991), mostra essa questão ao relatar que:

O indivíduo doente esperava, aguardava pacientemente pela sua recuperação. O enfermo era paciente com seu mal ou sua doença, enquanto o curandeiro, o pajé, o mágico da tribo, o sacerdote ou o religioso e posteriormente o profissional da saúde lhe recomendava paciência (CAUDERER, 1991:13).

Essa visão, ainda se percebe na atualidade nas instituições de saúde, com relação à pessoa internada, pois sempre se espera do paciente uma atitude paciente e segundo Vieira, (1889) “Nesta relação, a pessoa internada é despida de todos os valores, cultura e atributos existenciais. Deixa-se de tratar a pessoa doente e trata-se a doença da pessoa”.

Para romper com essa concepção o paciente deve ser estimulado a participar das soluções de seus problemas, participando no seu processo de tratamento médico-hospitalar, reivindicando um tratamento digno e questionando sempre que achar necessário o tratamento prestado.

Na concepção de (BARTHY apud VIEIRA, 1989:65): “Participação é aumentar o controle de cada um sobre sua própria condição, sua situação, seus elementos coletivos determinantes, e passar, assim, da ordem do destino à ordem da responsabilidade, da escolha”.

Essa participação deve ser estimulada principalmente pelos profissionais do Serviço Social que tem uma relação com seu usuário diferente dos demais profissionais por questões inerentes da própria formação, que é o compromisso com relação às questões do direito e cidadania.

E segundo (DEMO apud VIEIRA, 1989: sp.): “Cidadania é qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres reconhecidos por toda a população”.

Além desse acompanhamento psicossocial feito a esses pacientes e aos outros internados, o profissional do Serviço Social, como não poderia deixar de ser em uma unidade de saúde, realiza muitas ações imediatistas, ou seja, emergenciais como: encaminhamento para acesso aos benefícios da área da saúde, aquisição de benefícios concretos como: órteses próteses, cadeiras rodas, alimentação enteral, auxílio funeral, auxílio transporte, pedido

transporte, medicamentos, agilização de alta, entre outros. E nesse sentido Gentile (1998) enfatiza:

É freqüente o atendimento profissional que envolve a “prestação de serviços concretos”, “atendimentos emergenciais”, “prestação de benefícios”. Tais atendimentos geralmente encontram-se ligados à execução de programas de políticas sociais (de saúde, de previdência de assistência, etc.), tanto públicas como privadas. O principal instrumento deste tipo de atendimento é o próprio “relacionamento” estabelecido pelo assistente social com o usuário do serviço (GENTILE, 1998:59).

O direito a tratamento de saúde como: medicações, exames e outros procedimentos necessários também é muitas vezes desconhecido, por isso, as orientações e os encaminhamentos de pacientes e familiares aos setores competentes se tornam imprescindíveis. No tocante a agilização de exames, altas, transportes, transferências, dentre outros procedimentos é uma prática empregada diariamente oportunizando aos pacientes um tratamento digno e de qualidade.

Essas ações são cotidianas na prática dos Assistentes Sociais, que integram a equipe de saúde. Como bem define Costa (2000):

Nos hospitais uma das principais requisições “emergenciais” ao Serviço Social é a de providenciar transporte para os pacientes, seja no caso de transferência de um hospital para o outro, seja para realização de exames fora da unidade em que o paciente encontra-se internado. Também ocorrem demandas de transportes para saídas extras e eventuais dos pacientes como e o caso do recebimento de pagamentos da previdência, de documentos (procurações particulares para parente ou responsável), e, principalmente, de assegurar transporte para retorno ao domicílio pós-alta médica. A marcação de exames, consultas e internamentos extras, diante da grande demanda reprimida por consultas, leitos, exames, tem levado as direções das unidades a intervenção do assistente social junto às diversas instâncias do sistema, às instituições sociais, à família, aos políticos etc., para conseguir atender tal necessidade (COSTA, 2000:57).

A prática profissional do Assistente Social na Unidade de Saúde exige conhecimentos das mais diversas Políticas Públicas e Leis que são utilizadas no atendimento ao usuário, tais como: Previdência Social, Sistema Único de Saúde/SUS, Consolidação das

Leis do Trabalho/CLT, Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso entre outras. Com isso, o profissional pode orientar e encaminhar o usuário para que tenha acesso aos seus direitos dentro e fora da Unidade Hospitalar.

Nesse sentido Costa (2000) define como operacionalizar o trabalho, numa perspectiva coletiva:

Para encaminhar e operacionalizar esse trabalho, numa perspectiva mais coletiva, o assistente social, além de dispor de normas e portarias, necessita tomar conhecimento da legislação social existente, de que é exemplo a LOAS, LOS, ECA, Código de Defesa do Consumidor, CLT, Legislação Previdenciária etc., e estar atento às mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas demais instituições para as quais rotineiramente, faz encaminhamentos, com objetivo de facilitar/assegurar o atendimento ao usuário (COSTA, 2000:54).

O Serviço Social na saúde visualiza o homem como uma unidade bio-psico-social, não relaciona saúde do indivíduo só aos fatores físicos. Por isso sua presença na equipe de saúde agrega valor e vem se perpetuando através dos anos.

O Serviço Social integra a equipe de saúde já algum tempo, como pode ser constatado no breve relato sobre a história do Serviço Social no HGCR, porém, seu reconhecimento junto com as outras categorias, como profissional da saúde, só se deu em 06 de março de 1997, através da Resolução n° 218 do Conselho Nacional de Saúde. E conforme Parecer de 06/06/1990 do Conselho Federal do Serviço Social, Associação Brasileira de Serviço Social e Associação Nacional de Assistentes Sociais, o profissional da saúde é mencionado no seguinte contexto:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como o profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O assistente social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia de prestação de serviço no setor, que seja no nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O assistente social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria - fruto de avanços obtidos na trajetória história da profissão

buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde numa perspectiva de universalidade e integralidade à população (CFESS, ANAS e ABESS, 1990).

A partir desse texto reforça-se o lugar do Serviço Social junto à saúde, e quais são suas competências. Para enfatizar essa peculiaridade da profissão optou-se por fazer uma pesquisa junto aos profissionais, que fazem parte da equipe de saúde e trabalham direta e indiretamente, com os pacientes internados na neurocirurgia, descrita a seguir.

3.2 A Prática Profissional do Assistente Social Frente aos Pacientes Internados na Neurocirurgia, a partir da Observação dos Profissionais de Saúde.

3.2.1 Objetivos da Pesquisa

Objetivo Geral

- Identificar a partir da observação dos profissionais de saúde que atendem direta ou indiretamente o paciente internado na Unidade de Neurocirurgia, os direitos dos pacientes e a prática do profissional de Serviço Social no encaminhamento desta demanda.

Objetivos Específicos

- Identificar a observação que os profissionais de saúde têm a respeito dos direitos dos pacientes internados;

- Verificar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre as ações praticadas pelo Assistente Social, no atendimento aos pacientes internados na Neurocirurgia.

3.2.2 Metodologia

A pesquisa realizada se caracteriza pela abordagem qualitativa, priorizando a qualidade das informações obtidas sem pretender generalizar, numerar ou medir os dados coletados.

Segundo Richardson (1985) apud Tomasi (2003:41) “a abordagem qualitativa de um problema, é a forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”.

Os dados coletados e levantados nessa pesquisa serão apresentados da seguinte forma: os profissionais que fizeram parte da amostra serão identificados pelas letras, A, B,C, D e assim sucessivamente, para que a identidade desses profissionais seja resguardada.

3.2.3 População e Amostra

Tem-se como universo de pesquisa a Unidade de Neurocirurgia, e como amostra os profissionais da saúde que atendem direta ou indiretamente, os pacientes internados na Unidade de Neurocirurgia.

A pesquisa foi realizada com amostragem intencional, com sete profissionais. Amostragem Intencional definida por (RICHARDSON apud TOMASI, 2004:42) é a seguinte: “onde os elementos que formam a amostra relacionam-se intencionalmente de acordo com certas características estabelecidas”.

Dos profissionais que representam a amostra desta pesquisa, cinco trabalham diretamente com esses pacientes e dois trabalham indiretamente.

3.2.4 Coleta de Dados

O instrumento utilizado na pesquisa para coleta de dados foi um questionário que Gil (1999:128), define como “a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”. O questionário utilizado para a pesquisa tem seis questões das quais, duas fechadas e quatro abertas.

3.2.5 Apresentação dos Dados

No período da pesquisa encontravam-se internados na unidade de Neurocirurgia 22 pacientes, por isso, ao solicitar o número de pacientes que se encontravam internados, todos profissionais responderam que eram mais de dez.

Quando solicitados para identificar os principais direitos dos pacientes internados listados por Calderer (2000:202), enumerando de acordo com o grau de importância: Os profissionais responderam de acordo com os dados colocados na tabela 1:

Tabela 1: Principais Direitos dos Pacientes Conforme Grau de Importância

Classificação	Direitos	Frequência
1	De receber um atendimento atencioso e respeitoso	5
2	De conhecer a identidade dos profissionais em seu tratamento; informação clara, em linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.	4
3	Direito de comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor.	3
4	<p>Ao sigilo ou segredo médico</p> <p>De recusar o tratamento e ser informado sobre as consequências médicas dessa opção</p> <p>De ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento e de recusar a participação deles</p> <p>De receber uma explicação completa à sua conduta hospitalar</p> <p>De recusar a realização de exames desnecessários</p> <p>De ter acesso a uma segunda ou uma terceira avaliação</p> <p>De escolher o médico e/ou especialista dentro do ambiente hospitalar</p> <p>De questionar a medicação prescrita</p>	2

Fonte: Questionário Aplicado com a Equipe de Neurocirurgia do HGCR, em junho de 2004.

Avaliando as respostas acima percebeu-se que o direito considerado mais importante na opinião dos profissionais foi “o de receber um atendimento atencioso e respeitoso”. Isso significa, que eles conseguem perceber que o paciente tem que ser tratado com respeito e atenção, como definem os princípios constitucionais, bem como, os princípios universais de solidariedade e respeito humano, demarcados nos Direitos Universais do Homem.

Quanto ao segundo direito, considerado mais importante pelos profissionais entrevistados, “o de conhecer a identidade dos profissionais em seu tratamento: informação clara, em linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico”. Pode-se dizer os referidos profissionais têm clareza que os pacientes ao ter conhecimento claro de sua situação, podem decidir sobre seu destino e contribuir no tratamento médico-hospitalar de forma positiva.

“Direito de comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor”, definido como terceiro mais importante direito do paciente, na visão dos profissionais da equipe de Neurocirurgia. Percebe-se que é de fundamental importância a garantia deste direito, pois, é por ele que o paciente consegue dar continuidade ao seu convívio social, familiares e amigos, o que contribui para seu restabelecimento.

Acredita-se que, como bem pontuado pelos profissionais A e B, todos os direitos apontados por Calderer são de fundamental importância, pois é respeitando esses direitos que se garante a possibilidade de participação ativa do paciente em seu processo de tratamento médico-hospitalar.

Quando perguntado se acreditam que os direitos dos pacientes internados na Unidade são respeitados, obteve-se as seguintes respostas: O profissional A respondeu que não plenamente, porque alguns itens não são seguidos. O Profissional B respondeu que nem

sempre, pois algumas vezes ficam preparados para fazer exames e cirurgias e não fazem, por falta de vaga na clínica e a cirurgia por falta de vaga na UTI. O profissional C respondeu que sim, porque trabalham respeitando o direito e a dignidade da pessoa humana. O profissional D respondeu que sim, pois todos os casos e problemas são solucionados na medida do possível, ou seja, da melhor maneira. O profissional E acredita que sim, e não disse porque. O profissional F respondeu que sim, porque todos que internam são orientados quanto aos seus direitos e deveres, bem como os acompanhantes, desta forma eles têm seus direitos preservados. O profissional G respondeu que sim, pois respeitam os pacientes como um todo, com seus direito e deveres.

Nessa questão a maioria dos profissionais afirma que os direitos dos pacientes internados são respeitados, porém, acredita-se que eles estão se referindo ao tratamento dispensado por eles. Pois ao acompanhar a dinâmica da unidade notou-se que os profissionais procuram respeitá-los. Todavia, como já foi constatado, nem sempre os direitos dos pacientes são respeitados. Um exemplo é o período prolongado de internação mencionado por um dos profissionais.

Quando questionados, se tinham conhecimento de quantos pacientes internados na Unidade, recebem algum benefício previdenciário. Os profissionais A, B e E responderam que não tinham conhecimento. Sendo que A relatou que é por não trabalhar diretamente naquele setor. O profissional C respondeu que todos que têm direito recebem. O profissional D não respondeu. O profissional F respondeu que no momento devem receber apenas dois. O profissional G respondeu que dois pacientes recebem.

Pelas respostas dos profissionais que fizeram parte da pesquisa comprova-se o desconhecimento da questão. Quanto à afirmação de existência de somente dois pacientes com auxílio doença, não é possível fazer esta suposição em virtude de se tratar de uma unidade de

internação para adultos, geralmente em idade produtiva, isto significa que provavelmente este número é maior do que o indicado.

Demonstra-se assim, a necessidade do profissional de Serviço Social estar inserido na equipe de saúde, pois a ele compete estar informado sobre esse aspecto para que seu usuário tenha esse direito garantido.

Posteriormente, os profissionais foram questionados sobre quais as principais angústias do paciente internado na Unidade de Neurocirurgia. De acordo com suas experiências, obteve-se as seguintes respostas: O profissional A, respondeu que as angústias são a pressa da alta, a demora na cirurgia e a internação hospitalar. O profissional B respondeu que é a demora para fazer cirurgia, a demora no resultado de exames. O profissional C diz ser quando há demora na realização da cirurgia, tempo de internação e distanciamento da família. O profissional D respondeu que muitas vezes é a espera longa para realizar sua cirurgia. O profissional E respondeu que na sua área de atuação sempre estão ansiosos para iniciar a alimentação oral. O profissional F diz ser a questão de estar longe de casa, já que muitos vêm do interior, e a espera pela cirurgia. O profissional G respondeu que é o medo da cirurgia, as seqüelas que podem ocorrer e o tempo de espera.

Percebe-se na análise das respostas o principal fator de angústia é a demora na realização da cirurgia. Considerando que a microcirurgia de tumor cerebral é considerada de risco, exigindo, em seu pós-operatório, cuidados intensivos é de suma importância que exista a vaga em leito da UTI e este é o principal motivo para seu cancelamento, prolongando o tempo de internação.

Conhecendo a situação vivenciada pelos pacientes acometidos por tumor cerebral, que tem sua internação prolongada em virtude de precisarem de uma vaga na UTI, após a cirurgia, a maioria dos profissionais que foram pesquisados tem noção das angústias que

acompanham esses pacientes, embora alguns, não consigam visualizar as conseqüências que isto pode trazer para o bom andamento do tratamento médico hospitalar. Em uma resposta notamos que alguns profissionais só conseguem visualizar o problema referente a sua área de atuação, não olhando o paciente na sua integralidade.

Quando questionados sobre se conhecem o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto ao paciente internado na unidade e descrever algumas ações, tivemos as seguintes respostas: O profissional A descreveu algumas ações como: apoio de maneira integral, encaminhamentos a documentações necessárias conforme o convenio SUS, liberação de almoço para acompanhante. O profissional B respondeu da seguinte forma: Penso que desenvolve trabalho de orientação e apoio, auxiliam na providência de bens materiais como, roupas, sabonete, transporte etc. O profissional C respondeu que prestam esclarecimento, orientação e encaminhamentos dos direitos trabalhistas e previdenciários, informações das normas hospitalares (direitos e deveres), preparação de alta, encaminhamento de óbito, contato e encaminhamento para rede de apoio, contatos com familiares e colaterais, contato multidisciplinar, para que o paciente tenha atendimento global, tratamento de apoio psicossocial, contato com a Direção, concessão de auxílio concreto, estudo sócio-econômico. O Profissional D descreveu que é localizar familiares que moram distante, providenciar transporte quando necessário, conversar e dar apoio psicológico aos pacientes que ficam muito tempo internados, longe de seus familiares. O profissional E respondeu que não sabe. O profissional F respondeu que passou a conhecer melhor após contato com estagiaria. E descreveu como: diagnóstico sócio econômico, viabilizar altas, promover amparo aos pacientes e acompanhantes, orientar quanto aos direitos, onde pode-se citar o benefício previdenciário, e encaminhamentos. O profissional G, respondeu que sim, mas, não descreveu as ações.

Nas respostas a essa questão, observou-se que a maioria dos profissionais tem noção da atuação do profissional do Serviço Social junto aos pacientes, alguns de forma mais ampla, outros nem tanto. O importante é que essa atuação é reconhecida, enquanto profissional que é necessário na equipe de saúde pela peculiaridade de suas competências inerentes a profissão.

Para enfatizar a atuação dos profissionais do Serviço Social, pode-se dizer que quanto aos encaminhamentos dados, como: onde e quais os documentos necessários para que os pacientes tenham acesso aos direitos como auxílio-doença, obtenção de auxílios concretos como: oxigênio, muletas, cadeiras de rodas, transporte entre outros, são ações inerentes a prática deste profissional. Portanto sua presença como profissional de saúde junto aos pacientes internados é de vital importância.

Neste sentido, a equipe de profissionais de Assistência Social inseridos no HGCR vem atendendo as novas exigências no atual modelo de saúde que vem apontando para novas práticas pautadas na “complexidade” dos tradicionais ofícios da área da saúde”, definidos por Costa.

Nossa primeira síntese permite afirmar que as práticas do SUS revelam a superação de um processo de trabalho vigente até os anos 70, em que os profissionais podiam atuar isolada e autonomamente. O modelo atual aponta para a emergência de um conjunto de práticas, dentre as quais emergem novas ocupações e atividades que são resultantes da ampliação, complexificação e redivisão dos tradicionais ofícios da área da saúde.(COSTA, 2000:63).

Finalizando, as profissionais do Serviço Social vêm buscando atender as necessidades “mediatas e imediatas” dos usuários, pacientes e familiares atendidos no HGCR, em especial as que não são contempladas pelo SUS, como bem pontua Costa(2000: 66).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo destacam-se algumas considerações a partir das reflexões que se apresentaram no decorrer da construção deste trabalho.

Ao longo dos seus 37 anos o Hospital Governador Celso Ramos passou por várias mudanças, implantando novos serviços e tecnologias, contratando profissionais especializados, acompanhando dessa forma os avanços introduzidos na política de saúde no Brasil.

A política de saúde no Brasil passou por várias etapas durante sua trajetória, porém os avanços alcançados ao longo dessa trajetória, foram por interesses em dar suporte a política econômica, ou por fruto das mobilizações dos trabalhadores e dos profissionais ligados à área da saúde, ou ainda, decorrentes dos conflitos gerados na relação capital/trabalho.

Sendo assim, as ações adotadas nas políticas públicas, no campo da saúde eram no sentido de garantir o bom desenvolvimento dos modelos econômicos adotados em cada época, embora, as ações de saúde não se davam na mesma proporção das adotadas na economia. Aliado a este fato, as reivindicações de determinados seguimentos sociais, sobretudo os movimentos de trabalhadores, foram cruciais para o estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde.

Podemos afirmar que com relação ao tripé da Seguridade Social no Brasil, a saúde foi a que mais avançou, pois se tornou política de universalidade, integralidade e equidade. Ou seja, saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado.

A formulação e publicação dos direitos dos pacientes internados se traduz também num grande avanço, porém observa-se que esses direitos nem sempre são respeitados e conhecidos pela maioria dos pacientes e profissionais que trabalham na área. Por isso, cabe ao Serviço Social divulgar e conscientizar pacientes e profissionais sobre esses direitos para que estes sejam amplamente respeitados.

Com relação aos direitos como previdência e os direcionados às pessoas em condições especiais, observa-se que nem todos têm conhecimento. Nesse caso, também se faz necessário que o profissional do Serviço Social tenha esses conhecimentos para garantir aos seus usuários o acesso a eles, contribuindo assim, para o exercício de cidadania.

Ao acompanhar a trajetória dos pacientes internados na neurocirurgia, principalmente os acometidos de tumor cerebral que passaram por esse período de angústia e stress enquanto aguardavam a realização de sua cirurgia, pode-se observar que os avanços na política através da implantação do SUS com promulgação das Leis 8080/90 e 8142/90, embora tenha significado uma vitória, pois não impõe restrições ao seu acesso, ainda, falta muito para alcançar um patamar satisfatório, ou seja, garantia de um bom atendimento a população.

Os usuários não estão tendo acesso aos serviços oferecidos, principalmente as pessoas do interior do Estado que não conseguem atendimento nas suas cidades, superlotando assim os serviços prestados na capital, o que interfere na qualidade desses serviços.

Um bom exemplo da ineficácia do Sistema de Saúde é a falta de vaga na UTI do HGCR, que se dá em virtude de poucos recursos destinados à abertura de novos leitos, proporcionais ao número de pacientes internados no hospital. Outro problema que agrava a situação é a falta de ações que incentivem a prevenção, que como vimos, não dependem só da política de saúde mas, também da implantação de outras políticas públicas.

Como vimos a partir do conceito de saúde estabelecido na Reforma Sanitária e defendido na VIII CNS, saúde não é só a ausência de doença, mas depende de uma série de fatores que a população precisa ter acesso como: boas condições de moradia, boa alimentação, boa educação, boas condições de higiene, o lazer, enfim condições dignas de vida para ter uma boa saúde física e mental.

Um outro fator que se pode apontar é a dificuldade do acesso aos serviços de saúde: consulta e marcação de exames, obrigando as pessoas a procurarem os serviços de saúde, somente quando estão seriamente doentes, superlotando os hospitais e contribuindo para reforçar o modelo curativo, individualista e hospitalocêntrico adotado historicamente.

Diante desse contexto e analisando a situação dos pacientes internados na Neurocirurgia, observou-se que a presença do profissional do Serviço Social é indispensável por ter ele a competência de atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que interferem no tratamento médico-hospitalar e que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor. Sendo assim, é este profissional que busca a garantia da qualidade na prestação de serviços na saúde, contribuindo para garantia da universalidade e integralidade desses serviços aos seus usuários.

Dessa forma, o Assistente Social se insere no processo de trabalho em saúde, como um agente de interação nos diversos setores do SUS e das demais políticas sociais setoriais, assegurando a integralidade das ações.

Podemos constatar através da pesquisa realizada com os profissionais de saúde, que trabalham direta e indiretamente com os pacientes internados na Unidade de Neurocirurgia, que o Assistente Social é necessário na equipe de saúde; por ser esse profissional que busca com seu conhecimento, articulações com as políticas sociais e outros segmentos, garantir aos usuários o acesso aos direitos e atendimento digno.

SUGESTÕES

- Que se organize uma equipe multidisciplinar, composta por Assistente Social, Médico, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e pessoal da área administrativa, para compor uma Comissão fiscalizadora, com a finalidade de detectar e solucionar internamente, problemas como os dos pacientes acometidos de tumor cerebral que aguardam a realização da cirurgia;
- Que haja a contratação de mais profissionais do Serviço Social para o HGCR, visto que o número atual de profissionais não é suficiente para atender todas as necessidades dos pacientes internados.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Caixa Econômica Federal. **Resolução 01/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP**. Disponível em <http://www.caixa.gov.br>. Acesso em 17 de maio de 2004. às 23:00hs.

BRASIL, Constituição Federal(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado.1988.

BRASIL, Lei Orgânica de Saúde – **8080, 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, MS.1990.

BRASIL, Lei Orgânica de Saúde – **8142, 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF, MS.1990.

BRASIL. **Associação da Mulher Catarinense Portadora de Câncer Direitos Assegurados aos Portadores de Câncer**: Disponível em <http://www.amucc.com.br>. Acesso em 15 de maio de 2004, 21:00hs.

BRASIL, **Legislação Previdenciária**. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br>. Acesso em 15 de maio de 2004, 22:16hs.

CAUDERER.Dr. E. Christian. **Os Direitos do Paciente: Um Manual de Sobrevivência**. Editora Record. RJ:1991.

CÓDIGO de Proteção e de Defesa do Consumidor. **Lei 8078/90**.

CONSELHO Federal de Serviço Social. CEFESS, et. **Parecer Social**: sobre a Atuação do Assistente Social na área da Saúde, 06 de junho de 1990.

COSTA, Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In Serviço Social & Sociedade nº 62. SP: Cortez, 2000.

DUARTE, Adriana. **O Processo da reforma a previdência social pública brasileira: um novo padrão de regulação social do Estado?** In Serviço Social & Sociedade nº 73.SP: Cortez, 2003.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Representações e Práticas: identidade e processo de trabalho no serviço social.** SP: Veras, 1998.

MAGAJEWSKI, Flávio, R.L. **Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema de Saúde em Santa Catarina no período 1987-1990.** Dissertação de Mestrado em Administração. Florianópolis.CPGA/UFSC:1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional Básica: Sistema Único de Saúde / NOB-SUS,** Brasília, MS, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional Básica: Sistema Único de Saúde / NOB-SUS,** Brasília, MS, 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito a Saúde na Reforma do Estado Brasileiro: Construindo uma Nova Agenda,** Florianópolis: Tese de Doutorado - UFSC. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

SILVA, Miriam Dolores Moresco. **Qualidade de Vida: Paciente Com Câncer. Uma Leitura.** Trabalho Conclusão de Curso em Serviço Social de Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

SIMIONATO, Ivete e NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro, **Direitos Humanos e Políticas de Saúde: Reordenação e Ampliação Política do Espaço Público,** In, **CADERNO DE COMUNICAÇÕES – 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS,** BA, 1995.

STEIN, Janaina. **O Serviço Social Junto ao Paciente Oncológico em Tratamento Radioterápico No Hospital de Caridade- “Anexo”**. Monografia do curso de graduação em Serviço Social de Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

TOMASI, Fernanda. **As Ações do Conselho Municipal do Idoso Sobre a Ótica das Instituições que Atendem o Idoso de Florianópolis**. Monografia do curso de graduação em Serviço Social de Universidade Federal de Santa Catarina , 2003.

VALENTÍ, P.Farreras e ROZMAN, Ciril. **Medicina Interna**. RJ: Guanabara, 1979.

VIEIRA, Josiane Lucy. **“As Condições de Participação da Pessoa Internada no Hospital Universitário**. Monografia do curso de graduação em Serviço Social de Universidade Federal de Santa Catarina ,1984.

VOLPE, Maria Cecília Mazzariol. **Câncer: Faça Valer os Seus Direitos**. Cartilha. SP:2003

WESPHAL, Márcia Faria e ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Gestão de Serviços de Saúde Descentralização/Municipalização do SUS**. Editora da Universidade de São Paulo. SP:2001.